

# Solicitud de repetición de pedido del Programa de asistencia para pacientes (PAP) de Novo Nordisk



Fax: (866) 441-4190

Teléfono: (866) 310-7549

Marque este recuadro si esta solicitud es para un nuevo producto o un cambio de dosis

## Información del solicitante

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:            /            /

Número de identificación del paciente (si está disponible):

Estado donde vive el paciente:

## Datos del profesional médico autorizado

Nombre del profesional:

Número de licencia estatal:

Fecha de vencimiento:

Número de NPI:

Dirección postal del profesional (calle; no se aceptan apartados postales):

Dirección postal del profesional (ciudad, estado y código postal):

Teléfono del profesional: (        )        -

Fax del profesional: (        )        -

Correo electrónico del profesional:

## Información del pedido

Nombre del producto

Dosis máxima por día (en unidades)

Instrucciones de uso

## Información de la aguja

Tipo de aguja

Calibre de la aguja (marque una opción)

30G         32G

**Declaración del profesional médico.** Con mi firma, certifico que soy un profesional médico autorizado y que cumplo con los requisitos de la ley estatal para recetar, recibir y administrar los medicamentos solicitados en el pedido adjunto y enviados por Novo Nordisk, y que no se me ha prohibido participar en programas de atención médica financiados por el gobierno federal. Certifico asimismo que toda la información suministrada en la sección Datos del profesional médico autorizado es correcta. Me comprometo a proporcionar al paciente designado en la sección Datos del paciente, para su propio uso y sin cargo alguno, los medicamentos que Novo Nordisk me suministre para dicho paciente. No utilizaré de ninguna otra forma dichos medicamentos ni recetaré, proporcionaré ni entregaré la totalidad o una parte de los mismos a ninguna otra persona. Autorizo a Novo Nordisk a contactar al paciente designado en la sección Datos del paciente para verificar su situación y la recepción de los medicamentos indicados. Autorizo asimismo a Novo Nordisk a realizar una auditoría in situ de los registros del Programa de asistencia para pacientes (PAP) de Novo Nordisk para la diabetes relacionados con el paciente designado en esta solicitud. Entiendo que no podré solicitar un reembolso por los medicamentos suministrados por el programa PAP de Novo Nordisk para la diabetes a través de ningún programa del gobierno ni de terceros aseguradores, y no utilizaré ningún medicamento del programa PAP de Novo Nordisk para la diabetes como parte de los costos de bolsillo reales (True-Out-Of-Pocket, TrOOP) del paciente. Entiendo asimismo que la participación en el programa PAP queda a discreción de Novo Nordisk y que Novo Nordisk se reserva el derecho de modificar o terminar el programa PAP en cualquier momento. Por último, certifico que no recibo pagos directos ni indirectos relacionados con el programa PAP.

Firma del profesional (no se aceptan fotocopias ni firmas hechas con sellos):

Fecha:

FIRMA DEL PROFESIONAL